

Akute kardiale Dekompensation: So früh wie möglich mit dem ARNI starten

— Sacubitril/Valsartan ist nicht nur bei Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz dem ACE-Hemmer Enalapril überlegen. Die Überlegenheit gilt auch bei Patienten mit einer kardialen Dekompensation.

Die chronische systolische Herzinsuffizienz ist eine progrediente Erkrankung. Sie ist charakterisiert durch wiederholte kardiale Dekompensationen. Diese bedeuten jedoch nicht nur eine passagere Verschlechterung des klinischen Bildes. Vielmehr verschlechtern sie auch die Prognose. „Besonders gefährlich sind die ersten drei Monate nach der akuten Dekompensation, das ist eine sehr vulnerable Phase“, so Prof. Michael Böhm, Direktor der Universitätsklinik für Kardiologie in Homburg/Saar. In dieser Zeit sei die Wahrscheinlichkeit für eine erneute Verschlechterung mit konsekutiver stationärer Wiederaufnahme deutlich erhöht, und auch die Mortalität sei um das Dreifache gesteigert. Daraus ergebe sich die

dringende Notwendigkeit für eine Optimierung der Therapie im Rahmen der akuten Dekompensation. Und dazu gehöre auch Sacubitril/Valsartan (Entresto®).

Im Rahmen der PARADIGM-HF-Studie wurde der Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) bei Patienten mit einer systolischen Herzinsuffizienz mit dem ACE-Hemmer Enalapril verglichen. Durch Sacubitril/Valsartan wurde das Risiko für einen kardiovaskulären Tod um 20%, das Risiko für eine erneute stationäre Aufnahme wegen Herzinsuffizienz um 21% und die Gesamtsterblichkeit um 16% gesenkt. „Doch diese Patienten waren stabil eingestellt, und nur ganz wenige befanden sich im Stadium NYHA IV“, so Böhm. Deshalb stellte sich die Frage, ob dieser Benefit des ARNI auch bei einer akuten kardialen Dekompensation, also bei Patienten im Stadium NYHA IV besteht. Dieser Frage wurde im Rahmen der PIONEER-HF-Studie bei 881

Patienten mit einer akuten kardialen Dekompensation nachgegangen. „Die Daten dieser Studie bestätigen die Überlegenheit von Sacubitril/Valsartan gegenüber Enalapril“, so Böhm. Der kombinierte Endpunkt aus Tod, herzinsuffizienzbedingter Rehospitalisierung, Notwendigkeit eines linksventrikulären Unterstützungssystems oder Aufnahme auf die Transplantationsliste wurde um 46% gesenkt. Gleichzeitig fand sich eine um 29% stärkere Abnahme des NT-proBNP als Indikator für den Schweregrad der Herzinsuffizienz.

Was die Sicherheit und Verträglichkeit betrifft, so ergaben sich ähnliche Inzidenzen bezüglich Hypotonie und Hyperkaliämie, und ein Angioödem trat unter dem ARNI deutlich seltener auf. „Bei Patienten mit einer kardialen Dekompensation sollte man nach der initialen Stabilisierung möglichst früh mit dem ARNI einsteigen“, so das Fazit von Böhm.

Peter Stiefelhagen

Pressegespräch, München, 22. November 2018; Veranstalter: Novartis Pharma

Neue Hochdruckleitlinie vereinfacht die Step-Up-Therapie

— Die neuen Hochdruckleitlinien von 2018 formulieren für alle Patienten ein Blutdruckziel von unter 140/80 mmHg und bei guter Verträglichkeit eine weitere Reduktion auf unter 130/80 mmHg, aber nicht unter 120/80 mmHg. Für Patienten über 65 Jahren wird ein Korridor von 130–139/80 mmHg angegeben. Für all diese Empfehlungen gilt der höchste Evidenzgrad, erklärte Prof. Florian

Limbourg, Medizinische Hochschule Hannover.

Neue Wege weisen die Leitlinien bei der medikamentösen Therapie. Die Initialtherapie erfolgt generell mit einer Zweifachkombination, möglichst als Fixdosis, so Limbourg. Man kombiniert ACE-Hemmer/AT₁-Rezeptor-Blocker (A) mit Kalziumantagonisten (C) oder Diuretikum (D). Speziell für die Kombination A+C spreche viel, erläuterte Limbourg: Beide Komponenten sind metabolisch neutral und haben in den Studien ASCOT und ACCOMPLISH wirksamer als Vergleichstherapien (Betablocker/Diuretikum bzw. ACE-Hemmer/Diuretikum) vor kardiovaskulären Komplikationen geschützt. Wenn eine Zweifachkombination (A+C oder A+D) nicht ausreicht, wird dreifach kombiniert (A+C+D). Auch dies ist mit einer Tablette möglich. Die neueste Option ist Viacorind®, eine Kombination aus Perindopril, Amlodipin und Indapamid. Für ACE-Hemmer wurde in Hypertonie-Studien ein deutlicher Mortalitätsvorteil gezeigt, wobei

die beste Evidenz für Perindopril vorliegt, erinnerte Limbourg.

Mit Dreifachkombinationen gelinge es, über 90% aller Hypertoniker zu kontrollieren. Die übrigen Fälle gelten als refraktäre Hypertonie. Die nächste Therapie-Eskalation wäre Spironolacton. Empfohlen wird, solche Patienten in einem Hypertonie-Zentrum vorzustellen.

Beachtung sollte auch die Wahl des Diuretikums finden, ergänzte Prof. Thomas Mengden, Kerckhoff Reha-Zentrum Bad Nauheim. HCT hat eine relativ geringe Wirkdauer und konnte in Studien nur in Dosierungen von 50–100 mg/d eine Prognoseverbesserung nachweisen. Da die Nebenwirkungen von HCT mit der Dosis ansteigen, wird es meist niedriger dosiert. Gute Alternativen seien Chlorthalidon und Indapamid, sagte Mengden. Speziell letzteres habe eine gegenüber HCT überlegene Langzeitwirkung, sei stoffwechselneutral und stehe auch in Fixkombinationen zur Verfügung.

Dirk Einecke

Symposium beim 42. Wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®, Berlin, 23. November 2018; Veranstalter: Servier



© goodluz/fo.tolia.com (Symbolbild/Fotomodelle)

Mit einer Dreifachkombination ist hoher Blutdruck meist in den Griff zu bekommen.